

Inglés en el reverso

Departamento de Seguridad Económica de Arizona

Solicitud para Ayuda en Efectivo, Estampillas de Comida y Seguro de Salud de AHCCCS

Su solicitud será usada para determinar el tipo de ayuda para el que usted cumple con los requisitos.

De acuerdo con la ley Federal y las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, el Departamento de Seguridad Económica del Estado de Arizona (DES) tiene prohibido discriminar a las personas debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas, o discapacidad.

- **Cómo Solicitar**

Asegúrese de llenar por lo menos su nombre y dirección, y de firmar y ponerle la fecha a la solicitud. Usted debe llenar todo lo que pueda de la solicitud. La solicitud debe ser completada antes de que nosotros podamos decidir si usted tiene derecho a beneficios.

Usted puede traer su solicitud, enviarla por correo o por fax a cualquiera de las oficinas de DES Family Assistance (Asistencia Familiar, cuyas siglas en inglés son FAA) u oficina Tribal TANF.

SI USTED NECESITA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE AYUDA,
POR FAVOR COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

- Servicios de un intérprete
- Ayuda para llenar este documento
- Documento en otro formato alternativo
- Acomodos especiales debido a discapacidad

- **¿Cuánto tiempo se va a llevar para completar su caso?**

A partir de la fecha en que recibimos su solicitud firmada:

Seguro de Salud de AHCCCS en un plazo de 45 días, o de 20 días si usted está embarazada, o de 7 días si usted está hospitalizado/a. Si usted desea solicitar Seguro de Salud de AHCCCS responda todas las preguntas identificadas con la letra **"A"**.

Asistencia en Efectivo en un plazo de 45 días. Si usted desea solicitar Asistencia en Efectivo responda todas las preguntas identificadas con la letra **"C"**.

Estampillas de Comida en un plazo de 30 días, o de 7 días si usted tiene pocos o no tiene ingresos. Si usted desea solicitar Estampillas de Comida, responda todas las preguntas identificadas con la letra **"F"**.

Asistencia General en un plazo de 60 días. Si usted desea solicitar Asistencia General responda todas las preguntas identificadas con la letra **"G"**.

Nota: Es posible que podamos ofrecerles ayuda acelerada a los/las solicitantes que responden que 'sí' en las preguntas con respecto a discapacidades, embarazo o si usted está solicitando por una persona que es un/a trabajador/a agrícola extranjero/a de temporada.

- **Entrevista sobre Beneficios**

Debemos completar una entrevista para poder revisar su solicitud.

Para Asistencia en Efectivo y Asistencia General, usted necesita ser entrevistado/a.

Para Estampillas de Comida y Seguro de Salud de AHCCCS, usted puede asignar a un representante para que haga la solicitud por usted y venga a la entrevista en su lugar. Asegúrese que su representante conozca bien su situación. Usted será responsable de cualquier información que haga falta o equivocada que suministre su representante.

- **Prueba de sus Derechos**

Puede ser que se le pida comprobar la información que usted nos suministre. Le daremos una lista de lo que necesitamos. Si usted necesita ayuda, háganoslo saber y nosotros le ayudaremos a conseguir esta información.

● **Número de Seguro Social**

La Ley Federal requiere que cualquier persona que solicite Asistencia en Efectivo, Estampillas de Comida o beneficios de Seguro de Salud de AHCCCS suministre un Número de Seguro Social.

Si usted o cualquier persona por la que usted está solicitando no suministran un Número de Seguro Social, las personas que no suministran un Número de Seguro Social no tienen derecho a beneficios. Si usted o cualquier persona por la que usted está solicitando no tiene un Número de Seguro Social los referiremos a la Oficina de Seguro Social para que soliciten uno.

Si usted no está solicitando los beneficios para usted, usted no tiene que suministrarnos su Número de Seguro Social. Si usted no nos suministra esta información, esto no afectará la capacidad de la persona que solicita los beneficios. Sin embargo, esto puede reducir la cantidad total de beneficios de Estampillas de Comida y Asistencia en Efectivo para la persona que esté solicitando.

No retrasaremos ninguna solicitud por el hecho de que alguien no nos da el Número de Seguro Social. No suministraremos ningún Número de Seguro Social al Servicio de Inmigración y Naturalización (cuyas siglas en inglés son INS). [42 U.S.C. § 1320b-7 y 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)].

● **Ciudadanía y Condición de Inmigración**

Las normas del Servicio de Inmigración & Naturalización (INS) establecen claramente que las personas que no son ciudadanos/as **pueden** recibir Seguro de Salud de AHCCCS y Estampillas de Comida sin que esto les afecte su capacidad para llegar a ser residentes permanentes legales.

Usted necesitará explicarnos la condición de ciudadanía y de inmigración suya y de cualquier persona por la que usted está solicitando. Si usted no está solicitando beneficios para usted, usted no tiene que explicarnos su condición de ciudadanía y de inmigración. No nos comunicaremos o trataremos de obtener ninguna información sobre usted o sobre los miembros de su hogar del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS). Si usted no nos suministra esta información, esto no afectará la capacidad de la persona que está solicitando por los beneficios. Sin embargo, esto puede reducir la cantidad total de los beneficios de Estampillas de Comida y de Asistencia en Efectivo para la persona que esté solicitando.

Nota: Puede ser que algunas personas que no son ciudadanos/as y que solicitan el Seguro de Salud de AHCCCS no necesiten suministrar un Número de Seguro Social, condición de ciudadanía o de inmigración.

● **La información que usted nos suministre, incluyendo su Número de Seguro Social, puede ser utilizada para:**

- Revisar identidades, verificar ingresos y activos, y prevenir duplicación de beneficios.
- Establecer y hacer cumplir órdenes de manutención de menores y de manutención médica.
- Consultar con otros estados que tienen programas similares.
- Comparar por medio de la computadora con estados y agencias federales y nuestros otros programas para verificar lo mencionado arriba.
- Tratar de recolectar cualquier pago extra que resultara del recibo de beneficios superiores a los que usted tiene derecho a recibir.
- Que oficiales federales, estatales y locales y sus contratistas puedan supervisar el cumplimiento de regulaciones y para la administración del programa.

La recopilación de esta información, incluyendo el Número de Seguro Social de cada persona por la que usted está solicitando, está autorizada por la Ley de Estampillas de Comida de 1977 (Food Stamp Act of 1977), según enmienda, 7 U.S.C. 2011-2036.

En el caso de las Estampillas de Comida, oficiales del orden público pueden tener acceso a la información que usted nos suministre con el propósito de aprehender a personas que tratan de evadir la ley.

De acuerdo a Americans with Disabilities Act (Ley para Americanos con Discapacidades, cuyas siglas en inglés son ADA), el Departamento debe suministrar acomodos especiales para permitir que personas discapacitadas puedan tomar parte en un programa, servicio, o actividad. Por ejemplo, esto significa que si es necesario, el Departamento debe suministrar intérpretes de lenguaje de señas para personas que son sordas; un lugar que sea accesible en silla de ruedas; o materiales impresos en letras grandes. Esto también significa que el Departamento tomará cualquier otra medida que sea razonable para permitirle a usted tomar parte en y entender un programa o actividad, incluyendo haciéndole cambios razonables a una actividad. Si usted cree que no podrá entender o tomar parte en un programa o actividad debido a su discapacidad, por favor déjenos saber las necesidades particulares de su discapacidad, de ser posible anticipadamente. Este documento está disponible en formatos alternativos llamando o comunicándose con el trabajador del caso.

Sello con la Fecha

CASO #

SOLICITUD PARA ASISTENCIA

1. Estoy solicitando: **F** – Estampillas de Comida **G** -GA/TC **C** - Efectivo Asistencia/TANF
 A – Seguro de Salud de AHCCCS Yo no quiero Seguro de Salud de AHCCCS

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo Nombre) Nombre de soltera, alias u otro(s) nombre(s) usado(s)

Dirección (Si es rural, suministre direcciones)

Ciudad Código Postal Número de Teléfono () () Número para dejar Mensajes () ()

Dirección Postal Ciudad Código Postal

Escriba en letra de molde el apellido y luego el primer nombre de todas las personas que viven con usted. Empiece con usted.	¿Cuál es la relación con usted?	Marque (✓) Beneficios				Número de Seguro Social (opcional para las personas que no están solicitando)	Fecha de Nacimiento	Sexo - H o M	*Raza/Etnicidad	Lugar de Nacimiento (estado o país)	Sí o No			
		Estampillas de Comida	Seguro de Salud de AHCCCS	Efectivo/TANF GA/TC	Ninguno						¿Ciudadano de los U.S.?	¿Discapacitado/a?	¿En la Escuela?	¿Vacunas al Día?
	YO													

*Le pedimos que voluntariamente nos indique su raza y origen étnico. Esta información no será usada para determinar sus derechos a beneficios. Por favor indique todos los que se apliquen: nativo americano, nativo de Alaska (AI), asiático (AS), negro o americano de origen africano (BL), nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico (NH), blanco (WH), hispano/latino (HI).

A, C, F, G 2. Sí No Si usted recibe actualmente Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo, Asistencia General o Asistencia Médica, ¿hay algo en la lista de arriba que haya cambiado desde su última entrevista o ha reportado cambios? De ser así, por favor explique: _____

A, C, F 3. Sí No ¿Está usted, o la persona por quien usted está solicitando, embarazada? De ser así, ¿quién? _____
 Número de bebés que espera _____ Fecha en que va a dar a luz _____

C, F, G 4. Sí No ¿Usted, o la persona por quien usted está solicitando, ha recibido beneficios en otro estado? De ser así, ¿a dónde? _____ Última vez que los recibió _____

A, F, 5. Sí No ¿Puede venir a la oficina para una entrevista? Si no puede, por favor explique. _____

F, A 6. Sí No ¿Prefiere que otra persona complete la entrevista por usted actuando como su representante? De ser así, dé el nombre _____ Número de teléfono _____

A, C, F, G 7. Sí No ¿Necesita una cita especial? De ser así, por favor indique los días y horas que son más convenientes para usted. _____

A 8. Sí No ¿Usted, o la persona por quien usted está solicitando, se mudó a Arizona en los últimos 60 días?

A, C, F, G 9. Sí No ¿Usted, o la persona por quien usted está solicitando, tiene, renta o mantiene una casa fuera de Arizona?

F 10. Sí No ¿Usted, o la persona por quien usted está solicitando, recibe Distribución de Alimentos Tribal (Tribal Food Distribution)?

A, C, F, G 11. Sí No ¿Usted, o la persona por quien usted está solicitando, vive en un refugio?

F 12. Sí No ¿Es usted, o la persona por quien usted está solicitando, un/a trabajador/a agrícola extranjero/a de temporada?

A, C 13. Sí No ¿Viven ambos padres del(de los) niño(s) en el hogar?

Complete lo siguiente para los padres que no viven en el hogar y/o que han fallecido si usted está solicitando Asistencia en Efectivo o Médica.

Nombre del Niño	Nombre y Dirección del Padre Ausente	Número de Seguro Social del Padre Ausente	Fecha de Nacimiento del Padre Ausente

A 14. Sí No ¿Usted, o la persona por quien usted está solicitando, estaba en una Casa de Crianza de Arizona o en el Programa de Adultos Jóvenes al cumplir los 18 años? De ser así, puede tener derecho al Seguro de Salud de AHCCCS.

A, C, F, G 15. ¿Cuánto dinero tiene usted, o la persona por quien usted está solicitando, en sus bolsillos, billetera y cualquier otro lugar?
\$ _____

A, C, F, G 16. ¿Usted, o la persona por quien usted está solicitando, es dueño de o tiene su nombre en cualquiera de los siguientes:

Sí No Banco, cuenta corriente, cuenta de ahorros, cuentas de uniones de crédito, IRA, Keogh, 401K: Total \$ _____

Sí No Acciones, bonos, cuentas en el mercado monetario, certificados a depósito (CD), fondos de fideicomiso:
Valor \$ _____

Sí No Propiedades inmobiliarias (terrenos o edificaciones) en cualquier lugar: Valor \$ _____

Sí No Vehículos (automóviles, camiones, botes, vehículo recreativo (RV), motocicletas, etc.): ¿Cuántos? _____

Sí No Otros _____ Valor \$ _____

A, C, F, G 17. ¿Cuánto dinero han recibido usted (efectivo, cheques o depósitos automáticos) y todas las personas por quienes usted está solicitando este mes? \$ _____ ¿Cuánto espera recibir cada uno este mes? _____

A, C, F, G 18. Sí No ¿Usted, o la persona por quien usted está solicitando, recibe o espera recibir dinero por trabajo? Esto incluye todos los ingresos, pagos, salarios, propinas o comisiones por cualquier tipo de trabajo, ya sea de tiempo completo o de medio tiempo, ocasional, de temporada, empleado por su cuenta, o en entrenamiento.

Persona que trabaja	Nombre del patrono y número de teléfono	Horas por semana	Pago por hora	¿Cada cuánto le pagan? (Semanalmente, cada dos semanas)

A, C, F, G 19. ¿Usted o la persona por quien usted está solicitando recibe o espera recibir dinero de cualquiera de los siguientes:

Sí No Manutención de Menores Sí No Seguro Social/SSI Sí No Becas, subvenciones/préstamos

Sí No Discapacidad Sí No Jubilación /Pensión Sí No Cualquier cantidad de cheques gubernamentales

Sí No Dinero Tribal Sí No Desempleo Sí No Compensación de Trabajadores/Industrial

Sí No BIA/GA Sí No Regalos/Préstamos Sí No Otro _____

Persona que recibe le dinero	Fuente	¿Cada cuánto lo recibe?	Cantidad recibía

A, C, F, G 20. Sí No ¿Usted, o la persona por quien usted está solicitando, espera recibir dinero de cualquier otra fuente? De ser así, explique _____

A, C, F, G 21. Sí No ¿Son sus ingresos mensuales, efectivo y balances de sus cuentas bancarias suficientes para pagar por su renta mensual, hipoteca, servicios públicos y manutención de menores? Renta/Hipoteca \$ _____ Servicios públicos (gas, electricidad, etc.) \$ _____ y orden de manutención de menores \$ _____.

A, G 22. Sí No ¿Usted, o la persona por quien usted está solicitando, tiene actualmente alguna lesión o enfermedad debido a un accidente o negligencia?

A, F 23. Sí No ¿Usted, o la persona por quien usted está solicitando, tiene o ha tenido gastos médicos este mes o el mes anterior a esta solicitud?

A, C, F 24. Sí No ¿Usted, o la persona por quien usted está solicitando, paga por el cuidado de un niño o de un adulto discapacitado para poder trabajar, buscar trabajo, asistir a algún entrenamiento o escuela?

C – Asignación de Derechos de Ayuda para Asistencia en Efectivo:

La ley federal y la estatal (en A.R.S. §46-407) estipulan que los derechos legales de manutención de menores y manutención de cónyuge deben ser asignados al Estado de Arizona para todas las personas que reciben Asistencia en Efectivo. Entiendo que esto significa que mientras yo reciba, o cualquier persona en mi solicitud reciba Asistencia en Efectivo, el Estado tiene el derecho de guardar las colectas de manutención de menores o de cónyuge, incluyendo las colectas de manutención de menores y de cónyuge que se debían antes de que fuera pagada la Asistencia en Efectivo. Entiendo que cuando yo y las otras personas en mi solicitud dejen de recibir Ayuda en Efectivo, el Estado puede todavía quedarse con ciertas colectas recibidas por manutención de menores o de cónyuge que se debían antes o durante el tiempo en que recibí Ayuda en Efectivo. Las colectas de manutención de menores y la manutención de cónyuge se usarán para pagarle al estado por la Asistencia en Efectivo que me pagó a mí o a cualquier persona en mi solicitud.

También entiendo que tengo un derecho a reclamar Buena Razón (Good Cause) por no cooperación con Cumplimiento de Manutención de Menores (Child Support Enforcement) si establecer o hacer cumplir la manutención puede ocasionarme daño a mí o a cualquier niño bajo mi cargo. Puedo reclamar Buena Razón explicándole a mi trabajador de Asistencia en Efectivo o de Manutención de Menores los hechos que justifican buena razón y firmando el Reclamo por Buena Razón en cualquier momento en que yo esté recibiendo Asistencia en Efectivo.

En caso de que el Departamento de Seguridad Económica o su agente se ponga a trabajar en actividades a favor del cumplimiento de la manutención de menores que me involucren, entiendo que los Asistentes del Procurador General y los Abogados Suplentes del Condado que se encarguen de los casos representarán a DES y no a mí ni a mi(s) hijo/a(s). Si mi caso de manutención de menores va al tribunal, entiendo que cierta información personal contenida en esta solicitud o en mis archivos del DES puede ser entregada al tribunal o a otra parte del caso y pasar a ser documento público. Aquí también estoy de acuerdo en aceptar diligenciamiento de emplazamiento por medio de servicio de correo de primera clase con respecto a cualquier procedimiento de paternidad o de manutención de menores iniciado por DES y por sus agentes.

Firma: _____

A – Asignación de Derechos para Otra Cobertura de Cuidados Médicos:

Entiendo que si soy o si otros miembros de mi familia son aprobados para beneficios de AHCCCS, AHCCCS puede obtener pagos de otras partes que puedan ser responsables de los pagos de mis/nuestros costos de cuidados de salud. Esto incluye (1) seguro de salud privado o patrocinado por patronos (sin incluir Medicare), (2) Personas, tales como cónyuge ausente o padre, que son legalmente responsables del suministro de manutención médica, (3) Seguro por discapacidad privado o patrocinado por patronos, (4) Seguro por accidente privado o patrocinado por patronos, (5) Reclamos de seguros, indemnizaciones de jurados, o acuerdos legales que resultan de lesiones.

Entiendo que AHCCCS no puede recolectar más que los costos pagados por AHCCCS. También entiendo que debo entregar la información sobre otras partes responsables y tomar cualquier medida necesaria para recibir manutención médica. Esto incluye el establecimiento de la paternidad de mis hijos, a menos que yo pueda probar razón para no hacerlo.

Firma: _____

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD:

- Registro a ciertos miembros Asistencia en Efectivo o Estampillas de Comida de mi hogar a programas de trabajo. Entiendo que pueden haber excepciones. Puedo hablar sobre esto con mi trabajador. Entiendo que estos miembros pueden buscar y aceptar entrenamiento y/o un trabajo. Si alguien no trabaja o no trabajará o se entrenará, los beneficios pueden ser reducidos o suspendidos.
- Autorizo a DES y a sus contratistas a que se comuniquen con mi actual o mis pasados patronos para obtener información sobre salarios, a instituciones financieras para obtener información sobre activos y propiedades y con otras personas o instituciones para obtener información concerniente a mis derechos. Usted puede tratar una fotocopia o facsímile (FAX) de mi firma de abajo como el original de mi firma.
- Declaro que he recibido el folleto "Programas de asistencia en Arizona, lo que usted necesita saber" ("Assistance Programs in Arizona, What You Need to Know") PAF-001. En caso de tener cualquier pregunta sobre este folleto me puedo comunicar con mi trabajador.
- Entiendo que DES y sus contratistas verificarán la condición de extranjeros de los miembros de mi hogar por los que estoy solicitando. La información que DES y que sus contratistas obtengan de INS puede afectar el derecho a beneficios de estos miembros.
- Entiendo que debo informarle a DES y suministrar prueba para recibir deducciones, cuando se aplique, de los siguientes gastos; manutención de menores pagada, manutención de menores ordenada por el tribunal, gastos de menor/dependiente, pagos de renta o hipoteca, gastos de servicios públicos u otros costos de refugio y gastos médicos.

DECLARACIÓN DE VERDAD:

Juro bajo pena de perjurio que las declaraciones dadas sobre personas en mi hogar, ingresos, activos, propiedad y cualquier otra información que he dado a DES y a sus contratistas que se relaciona con mis derechos a beneficios es verdadera y correcta hasta mi mejor saber y entender, y que no me he reservado ninguna información. Juro que he informado honestamente sobre mi ciudadanía y la condición de ciudadanía de la(s) persona(s) por la(s) que estoy solicitando.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Firma del/de la Representante/Testigo _____ Fecha _____

Solamente para Uso de la Agencia

Firma del Empleado del DES o de la Agencia TANF que ayudó a completar la solicitud _____

Firma del Entrevistados _____ Fecha _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

SUS DERECHOS

Usted tiene el derecho de:

- Hablar sobre su caso con un trabajador o con el supervisor si usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
- Ser informado/a por escrito antes de que sus beneficios sean reducidos o suspendidos.
- La información que usted nos suministró será utilizada solamente de la forma en que está autorizado por la ley
- Solicitar una audiencia justa, en forma verbal o por escrito, sobre cualquier acción o falta de acción del Departamento/Agencia TANF. Su solicitud de audiencia debe hacerse por escrito para Arizona Works.
- Ver su expediente antes de la audiencia justa.
- Traer a un abogado o a cualquier otra persona a la audiencia justa.
- Solicitar un reclamo por Buena Razón para no suministrar información sobre un padre ausente si suministramos esa información lo/la puede poner a usted en peligro, a su familia o a cualquier persona por la que usted solicita.

En conformidad con la ley Federal y las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (cuyas siglas en inglés son USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (cuyas siglas en inglés son HHS), esta institución tiene prohibida la discriminación basada en la raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. De acuerdo a Ley de Estampillas de Comida y a las normas del USDA, también se prohíbe la discriminación basada en religión y creencias políticas.

Para presentar una queja por discriminación, comuníquese con el USDA o el HHS. Escriba o llame a:

USDA, Director
Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410

Attention: Regional Manager
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights/Region IX
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102

(202) 720-5964 (voz y TDD)

1-800-368-1089 (voz)
1-415-437-8311 (TDD)

NOTA: Si su hijo/a recibe aprobación para Asistencia en Efectivo o Estampillas de Comida, él/ella tiene derecho a desayuno escolar gratis y almuerzo por medio del Programa de Almuerzos Escolares Nacional (National School Lunch Program). Pregunte sobre este beneficio en la escuela de su hijo/a.

SUS RESPONSABILIDADES

- Informarnos sobre cualquier cambio en su hogar en un plazo de **10 días** a partir del momento en que usted sabe del cambio, incluyendo, pero no limitándose a:

Dirección	Embarazo	Hipoteca/Renta
Cuidado de Menor/Dependiente	Asistencia a la escuela	Empleo
Ingresos	Discapacidad	Estado Civil
Recursos	Quién vive con usted	Manutención de Menores Ordenada por el Tribunal
- Todos los que reciben beneficios deben cooperar con el personal estatal y federal para completar una revisión de Control de Calidad de derechos (QC).
- Usted es responsable del uso de su Tarjeta para Transferencias Electrónicas de Beneficios (EBT) y de su Número de Identificación Personal (PIN). Sus beneficios de Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo y Asistencia General no serán reemplazados si su cuenta es usada con su tarjeta o con la tarjeta de su representante y el correcto PIN.
- Cuando usted no tiene acceso en un período de 90 días a los beneficios de Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo y/o Asistencia General que tiene disponibles en su cuenta EBT, su cuenta caduca. Usted necesitará comunicarse con su oficina local para reactivar su cuenta. Si usted no desea utilizar estos beneficios, y si usted tiene un excedente de pagos, estos beneficios pueden ser utilizados para reembolsar cualquier excedente. Comuníquese con la Office of Accounts Receivable and Collections (Oficina de Cuentas por Cobrar y Recolecciones) al (602) 252-0024 o al 1-800-236-1475.
- Si usted no utiliza los beneficios de Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo y/o Asistencia General que usted tiene disponibles en su cuenta EBT por un período de 365 días, los beneficios serán eliminados y usted perderá esos beneficios o los beneficios que quedan serán utilizados para reembolsar cualquier excedente de pagos.
- A todos los adultos del hogar y padres menores de edad que tienen derecho a Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo o Asistencia General se les debe tomar imágenes de sus huellas digitales. *(Pueden haber algunas excepciones.)*

SANCIONES

Si usted, su representante o cualquier miembro de su hogar omite información a propósito o suministra información falsa con la intención de recibir o continuar recibiendo Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo, Seguro de Salud de AHCCCS o Asistencia General, esa persona podrá ser enjuiciada, multada, encarcelada o recibir otro tipo de sanciones previstas por las leyes estatales y federales.

Si usted obtiene beneficios de Asistencia en Efectivo, Estampillas de Comida o Seguro de Salud de AHCCCS, usted debe obedecer las reglas para información de cambios y las regalas que aparecen a continuación:

- **No suministre** declaraciones falsas u oculte información. Esto se considera Intentional Program Violation (Violación Intencional del Programa, cuyas siglas en inglés son IPV). Si usted no ha dicho la verdad, el Departamento puede obligarlo/a a devolver el dinero que usted ha recibido de más y usted puede ser enjuiciado/a.
- **No haga** nada deshonesto para recibir los beneficios de Asistencia en Efectivo, Estampillas de Comida o Seguro de Salud de AHCCCS que usted no tenga derecho de recibir.
- **No le** entregue o venda su tarjeta de identificación de AHCCCS ID a nadie.
- **No** modifique o use la tarjeta EBT de otra persona para su hogar.
- **No** use sus beneficios de Estampillas de Comida para comprar cosas que no sean alimentos, como bebidas alcohólicas y tabaco.

- **Si usted no cumple con las reglas a sabiendas y obtiene beneficios de Asistencia en Efectivo y/o Estampillas de Comida será descalificado/a y no podrá recibir beneficios de Asistencia en Efectivo y/o Estampillas de Comida por**
 - 12 meses si es la primera infracción
 - 24 meses por la segunda infracción
 - Permanentemente por la tercera y cualquier otra infracción

- **Las siguientes sanciones adicionales se aplican para el Programa de Estampillas de Comida:**
 - Un tribunal puede ordenar que se descalifique a la persona por un período adicional, de hasta 18 meses.
 - Cualquier participante o miembro de la familia que cometa una Violación Intencional al Programa (IPV) puede recibir una multa de hasta \$250,000.00, encarcelamiento de hasta 20 años, o ambas cosas.
 - Un individuo puede además ser enjuiciado de acuerdo a leyes federales.

- **Un individuo no tiene derecho a recibir beneficios de Estampillas de Comida o Asistencia en Efectivo si esa persona:**
 - Ha sido encontrada culpable de usar u obtener beneficios de Estampillas de Comida mediante una transacción en que la que fueron usadas armas de fuego, municiones o explosivos. Esta persona no podrá recibir Estampillas de Comida nunca más.
 - Es un/a delincuente que se ha dado a la fuga, o que ha violado su régimen probatorio o su libertad condicional.
 - Ha sido encontrado/a culpable de haber usado o recibido beneficios de Estampillas de Comida en la venta de una sustancia regulada. Esa persona no tendrá derecho de participar por 2 años por la primera infracción y en forma permanente por la segunda infracción.
 - Es una persona que ha cometido y a la que se ha encontrado culpable de delitos federales o estatales el o después del 8/23/96 por posesión, uso o distribución de drogas ilegales. Esto no se aplica en el caso de los solicitantes de Asistencia General.
 - A la que se le comprobó que había dado identificación falsa o de residencia para poder obtener beneficios en más de un caso. Esta persona no tendrá derecho de obtener beneficios por 10 años.
 - Rehúsa firmar y acatar el Personal Responsibility Agreement (Acuerdo de Responsabilidad Personal, cuyas siglas en inglés son PRA). (Solamente en los casos de Asistencia en Efectivo)

Si usted no coopera con el Cumplimiento de Manutención de Menores, sus beneficios de Asistencia en Efectivo y Estampillas de Alimentos pueden ser reducidos o suspendidos. Usted también puede ser descalificado/a del Seguro de Salud de AHCCCS. Sus hijos **NO** serán descalificados del Seguro de Salud de AHCCCS por su falta de cooperación.

Usted debe reembolsarle a la Agencia DES/TANF cualquier beneficio de Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo o Asistencia General que haya sido recibido sin que su hogar tuviera derecho. Usted debe establecer un acuerdo de reembolso. Si usted no cumple con su acuerdo de reembolso, el Estado puede reducirle sus beneficios, pagos federales, reembolso de pagos de impuestos de ingresos, o tomar otro tipo de acción legal.